

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1926-1927 N° 53

Des Réactions Ganglionnaires
chez les
Adénoïdiens
et en particulier de
l'Adénopathie Trachéo-Bronchique

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor ASTIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 14 Novembre 1901, à LYON (Rhône)



LYON

imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES
CHEZ LES ADÉNOÏDIENS ET EN PARTICULIER
DE L'ADÉNOPATHIE TRACHEO-BRONCHIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Des Réactions Ganglionnaires
chez les
Adénoïdiens
et en particulier de
l'Adénopathie Trachéo-Bronchique

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 20 Décembre 1926

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Victor ASTIER

Externe des Hôpitaux de Lyon

né le 14 Novembre 1901, à LYON (Rhône)



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

1926

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. X.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	PIC
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	X.
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURICQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOU
Médecine légale	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE-MARTIN
Pharmacie,	COURMONT (P.)
	X.
	LEULIER

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN
— — Chimie minérale	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER.
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER.
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
GARIN	ROUBIER	DUNET	DUFOUT.
TRILLAT	FAVRE	CHALIER (André)	DUMAS.
SARVONAT	BONNET	CHALIER (Joseph)	GABRIELLE.
FLORENCE (G.)	RHENTER	NOEL	MANCEAU.
ROCHAIX	MAZEL	CHEVALIER.	MARTIN (Joseph).
CORDIER (V.)	SANTY	DEVIC.	ROCHET (Ph.).
			WERTHEIMER.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COLLET, président; CADE, assesseur

CORDIER et ROUBIER agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A MA FEMME

Hommage de profonde affection.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma vive gratitude.

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COLLET

*Professeur de Pathologie interne
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Nous le remercions du grand hon-
neur qu'il nous a fait d'accepter la
présidence de notre thèse et nous l'as-
surons de notre respectueuse grati-
tude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CADE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Professeur de Pathologie générale

à la Faculté de Médecine de Lyon

Médecin des Hôpitaux

Il a été un de nos premiers maîtres
et ne s'est jamais départi de son ex-
trême bienveillance à notre égard.
Nous lui exprimons notre profonde
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REBATTU

Médecin des Hôpitaux

Chef du Service de Laryngologie de l'Hôpital St-Pothin

Qui nous a suggéré l'idée de ce tra-
vail et nous a prodigué ses conseils.
Nous sommes heureux de pouvoir lui
exprimer notre gratitude pour l'en-
seignement qu'il nous a donné pen-
dant nos deux semestres d'externat
dans son Service.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX

MM. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. DURAND,

LE PROFESSEUR CADE.

Externat :

MM. LE PROFESSEUR COLLET,

LE DOCTEUR VIGNARD,

LE DOCTEUR DESGOUTTES,

LE DOCTEUR REBATTU,

LE PROFESSEUR ROLLET,

LE DOCTEUR BONNET.

A MES JUGES

DES RÉACTIONS GANGLIONNAIRES
CHEZ LES ADÉNOÏDIENS ET EN PARTICULIER
DE L'ADÉNOPATHIE TRACHEO-BRONCHIQUE

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, il nous reste un agréable devoir à remplir, celui de remercier ici tous ceux à la science desquels nous devons tant, et dont l'exemple nous fut si souvent utile. Pourrions-nous oublier, en présentant ce travail, qu'il est dû bien moins à nos efforts qu'aux précieuses leçons de nos maîtres et à leur inlassable sollicitude.

C'est au cours d'une suppléance dans le service de M. le Professeur COLLET, que nous nous sommes senti attiré vers l'oto-rhino-laryngologie. Nous avons été son dernier externe et nous regrettons que la fin de notre externat ne nous ait pas permis d'attendre son retour dans les hôpitaux pour profiter encore de son enseignement si vivant, de son incomparable érudition et de sa haute bienveillance.

C'est avec M. le Docteur REBATTU que nous avons continué nos études de spécialité. Au cours de plusieurs stages dans son service de l'Hôpital St-Pothin,

il nous a prodigué des conseils éclairés et c'est à son extrême obligeance que nous devons d'être familiarisé avec les opérations courantes de l'oto-rhino-laryngologie.

Le travail que nous présentons est en grande partie son œuvre. C'est lui qui nous a donné l'idée de réunir ici les notions que l'on avait déjà sur le retentissement ganglionnaire causé par les végétations adénoïdes. Nous avons eu recours à lui toutes les fois que nous nous sommes trouvé embarrassé au cours de la rédaction de ce travail et toujours, nous avons reçu en réponse les directives les plus sûres et les encouragements les plus affectueux. Il fut pour nous un ami plus qu'un maître, nous ne saurions l'oublier et nous lui adressons ici l'expression de notre vive reconnaissance.

Dans son service, nous avons également rencontré auprès de ses élèves le plus cordial accueil. M. le Docteur BERTOIN nous a donné des marques précieuses d'intérêt. M. le Docteur PROBY s'est montré pour nous de la plus grande obligeance. MM. MOUNIER-KUHN et PAUFIQUE nous ont toujours aidé de leurs conseils et ce dernier a bien voulu mettre à notre disposition un de ses travaux auxquels nous avons fait de larges emprunts.

Enfin, nous remercions tout particulièrement un ami de vieille date, M. J.-W. BRUNAT qui nous a été d'un grand secours dans la rédaction de notre travail pour les nombreuses indications bibliographiques qu'il nous a fournies.

Mais notre reconnaissance ne saurait se limiter aux

maîtres et aux amis qui nous ont guidé dans nos études de spécialité. C'est au cours d'un très long stage dans le service de M. le Professeur CADE que nous nous sommes initié, en même temps qu'à la médecine générale, aux pratiques du laboratoire. M. le Professeur CADE a toujours été pour nous le meilleur des maîtres. Il ne nous a ménagé ni les conseils les plus utiles, ni les enseignements les plus précieux, ni cette souriante bienveillance dont nous gardons l'ineffaçable souvenir. Qu'il veuille bien trouver ici, avec l'assurance de notre respectueux attachement, l'hommage de notre profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Rôle des végétations adénoïdes dans la pathologie infantile

On a bien souvent accusé le spécialiste de vouloir ramener toute la pathologie à sa spécialité.

Nous ne pensons pas justifier cette critique en disant que beaucoup de malaises, qui remplissent les mères d'une légitime frayeur, n'existeraient pas si l'enfant était en temps opportun examiné d'une façon complète au point de vue rhino-pharyngé.

Il est, en effet, de première importance de connaître chez les enfants l'état du naso-pharynx. L'examen du cavum nous renseignera sur l'existence de végétations adénoïdes, sur leur volume, sur leur degré d'infection, car, telle est l'opinion de nombreux oto-rhino-laryngologistes, *il faut qu'il y ait eu infection pour qu'il y ait des végétations adénoïdes*. Il est naturel de

penser qu'il persiste chez tous les adénoïdiens une sub-inflammation qui s'exaspérant, donnera les poussées d'adénoïdite redoutables pour leurs complications.

Distinguons aussi l'*adénoïdisme*, qui est un état spécial de certains enfants, consistant en une hypertrophie diffuse de tout le tissu lymphoïde du pharynx et de l'anneau de Waldeyer, sans qu'il s'agisse ici d'une tumeur obstruante.

Nous nous occuperons spécialement de certains désordres d'ordre infectieux causés par les végétations adénoïdes, à savoir du retentissement ganglionnaire des adénoïdites. Mais nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce travail, des troubles d'ordre mécanique, à propos des rhino-bronchites par obstruction nasale, et des troubles réflexes, à propos des rhino-bronchites réflexes d'origine naso-pharyngée (FLURIN).

Depuis leur découverte par Wilhem MEYER, les végétations adénoïdes ont provoqué de nombreuses publications et les infections du carrefour naso-pharyngé ont pris ces dernières années, en médecine infantile, une importance de tout premier plan. Les laryngologistes modernes ont vu une relation de cause à effet entre les végétations adénoïdes et les affections les plus diverses.

Que les microbes envahissent par voisinage l'oreille moyenne, la mastoïde, la trachée, les bronches, c'est une notion ancienne et classique. Beaucoup plus récemment on a souligné le rôle joué par les affections naso-pharyngées dans l'étiologie des troubles

gastro-intestinaux, des côlites. Ceci ne doit pas étonner, quand on songe à la quantité de sécrétions muco-purulentes dégluties par un enfant qui ne peut pas ou ne sait pas se moucher.

Jacques CASTAIGNE a signalé comme conséquence d'une infection rhino-pharyngée des troubles hépatiques avec sub-ictère.

Empruntons à un article récent de RAMADIER le groupement des manifestations adénoïdiennes en quelques syndromes principaux.

1° *Syndromes rhino-pharyngés*, comprenant : syndrome d'obstruction, syndrome d'infection, syndrome mixte d'obstruction et d'infection.

2° *Troubles de la croissance et de l'état général*.

3° *Syndromes respiratoires* : rhino-bronchites descendantes, spasmes glottiques, asthmes bronchiques, toux coqueluchoïdes.

4° *Syndromes auriculaires* : dureté de l'ouïe, crises douloureuses auriculaires, otites aiguës et chroniques, mastoïdites.

5° *Syndrome rénal* : CASTAIGNE a décrit des albuminuries, des hématuries, des néphrites, dues à une infection rhino-pharyngée. Il ne peut être question ici que d'une complication d'ordre toxi-infectieux.

6° *Syndrome digestif* : gastro-entérites, côlites, appendicites.

7° *Syndromes nerveux* : céphalées, aprouxémie, terreurs nocturnes, relevant d'une obstruction nasale ;

chorée, convulsions, tics nerveux considérés comme phénomènes réflexes; déséquilibre vaguo-sympathique (COLLET, REBATTU, PAUFIQUE).

8° *Formes du nourrisson* : forme fruste donnant des accidents d'ordre réflexe ; forme complète, avec troubles d'obstruction nasale et troubles de l'alimentation (Glossoptose. Pierre ROBIN).

9° *Rôle des végétations dans les maladies infectieuses* : On peut dire que les végétations attirent, compliquent et propagent les maladies infectieuses.

Mais toutes les complications que nous venons de passer en revue sont, à notre avis, beaucoup moins fréquentes que les *complications d'ordre ganglionnaire*, l'inflammation à distance du système ganglionnaire étant la règle. SEGARD a consacré à cette question des travaux fort documentés auxquels nous ferons de nombreux emprunts.

Nous nous sommes attachés dans le service de notre maître le Docteur REBATTU et sous sa direction, à examiner des adénoïdiens au point de vue ganglionnaire. De nombreuses observations nous ont permis de montrer la fréquence de l'infection ganglionnaire, système trachéo-bronchique en particulier. Cette complication dont l'importance ne le cède en rien aux complications auriculaires est, croyons-nous, beaucoup plus fréquente que les complications digestives, rénales, etc...

Aussi, en présence d'une adénopathie cervicale ou même médiastinale, c'est par l'examen du naso-pharynx que doit commencer tout examen clinique.

Nous allons étudier dans le chapitre suivant, les symptômes de ces adénopathies.

CHAPITRE II

Symptômes des adénopathies d'origine adénoïdienne

A. — Ganglions sous-maxillaires et cervicaux

Nous distinguerons d'abord le cas où nous observons ces ganglions au cours d'une poussée d'adénoïdite, et ensuite nous les examinerons refroidis après la phase aiguë. Comme nous le verrons plus loin, c'est à la suite d'une première amygdalite pharyngée (Amygdalite pharyngée aiguë primitive. AUSSET et DORION) que les ganglions cervicaux et sous-maxillaires vont augmenter de volume, mais beaucoup moins qu'au cours des poussées d'adénoïdite qui vont suivre.

Les signes classiques sont : fièvre, avec *poussées irrégulières*, agitation, anorexie, langue saburrale. La rhinoscopie postérieure montre de la rougeur du cavum, lequel est parfois obstrué par une masse tur-

gescente presque violacée et présentant à sa surface quelques stries de muco-pus. On constate en même temps què les ganglions sous-maxillaires et carotidiens s'hypertrophient et deviennent douloureux à la palpation.

Au cours des adénoïdites dites secondaires par AUSSET et DORION, nous verrons par la rhinoscopie postérieure une muqueuse très rouge. L'hypérémie s'étend à toute la paroi postérieure. Sur cette paroi, il existe des trainées muco-purulentes.

Dans la région sous-maxillaire et le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, on perçoit sous le doigt des ganglions augmentés de volume. *Ils sont en général douloureux du fait de la péri-adénite, laquelle s'accompagne quelquefois d'un torticolis réflexe.*

Il est exceptionnel que l'infection aboutisse à l'*adéno-phlegmon*, toutefois, le fait a été signalé à la suite d'adénoïdites grippales très virulentes.

Quelquefois, on assiste à une *septicémie ganglionnaire* plus ou moins atténuée, avec début brutal. La température est très irrégulière, il y a de l'abattement ou de l'agitation, parfois des vomissements.

Au bout de quelques heures, le ganglion de l'angle du maxillaire grossit, s'empâte, pouvant atteindre le volume d'un œuf de pigeon. La région est chaude, douloureuse, il y a de la péri-adénite qui ne permet pas de délimiter la tuméfaction.

Les deux côtés se prennent successivement et l'on pense aux oreillons. Bientôt on constate une hypertrophie rapide et considérable des ganglions cervi-

caux. Les Allemands ont donné le nom de *fièvre ganglionnaire* à l'ensemble de ces phénomènes.

En même temps, l'infection se propage presque toujours à l'oreille moyenne par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache. Il y a de vives douleurs auriculaires ; le tympan est rouge dans les formes très aiguës, plombé ou grisâtre dans les formes moins violentes.

L'otite pourra rester catarrhale ou devenir suppurée, mais le tympan est toujours, comme on l'a dit très justement, le *miroir du naso-pharynx*.

A ce moment, si on pratique la rhinoscopie postérieure, on voit la muqueuse du pharynx recouverte de muco-pus dont les trainées descendent le long de la paroi postérieure.

La fièvre ganglionnaire des Allemands est en réalité et avant tout une *fièvre adénoïdienne*, elle n'est que *secondairement ganglionnaire*.

Les *suppurations* sont *extrêmement rares*, mais dans quelques cas d'infection brutale, les adénoïdites aboutissent à l'abcès rétro-pharyngien.

La fièvre et l'adénite ne se résolvent qu'au bout de quelques semaines, il est rare que cette dernière disparaisse complètement.

La période aiguë terminée, il persiste des ganglions sous-maxillaires qui iront *s'hypertrophiant de plus en plus au cours de chaque poussée*. Une palpation attentive les décèle facilement, ils sont quelquefois assez durs et de petit volume. On les recherchera surtout sous l'angle du maxillaire et le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Cette *micro-polyadénite* que d'aucuns considèrent comme tuber-

culeuse, d'autres comme syphilitique : « c'est là que l'on tâte le pouls de la vérole » (RICORD), peut certes reconnaître une autre cause que l'infection adénoïdienne, mais ce n'est pas la règle.

En présence d'un enfant porteur de ganglions, il faut s'assurer que ceux-ci ne sont pas dûs à une cause cutanée : phtyriase, impetigo, suppuration du pavillon de l'oreille. S'ils ne reconnaissent aucune de ces causes, incriminer d'emblée le pharynx avant même de penser à la tuberculose. L'examen du cavum d'ailleurs orientera le diagnostic.

B. — Ganglions médiastinaux

Nous emprunterons à une article du Docteur André DUFOURT la symptomatologie de l'adénopathie trachéo-bronchique en général et nous insisterons sur le tableau clinique un peu particulier que nous avons constaté chez nos adénoïdiens.

Les signes fonctionnels des adénopathies trachéo-bronchiques ne sont que *rarement manifestes*.

« Beaucoup d'adénopathies restent latentes, même lorsque les ganglions ont acquis un certain développement. Pour s'en rendre compte, il suffit de comparer la rareté des signes fonctionnels avec la fréquence des lésions ganglionnaires. » (Professeur WEILL).

« C'est à la *péri-adénite*, à la médiastinite qui sont loin d'être constantes, qu'il faut, semble-t-il, rapporter les divers phénomènes fonctionnels relevant de

la compression. Parmi ceux-ci, les plus importants s'adressent aux voies respiratoires, soit directement, soit par l'intermédiaire de leurs troncs nerveux. » (DUFOUT).

Les principaux signes fonctionnels sont :

La toux bitonale qui, pour MARFAN, résulte de la compression du pneumo-gastrique. COMBE a pu constater qu'il s'agissait d'une véritable infiltration de ce nerf. Ce signe est loin d'être constant.

La toux coqueluchoïde. Cette toux diffère un peu de celle de la coqueluche : la reprise inspiratoire est toujours moins nette et moins bruyante. Elle provoque parfois le vomissement, mais il ne s'agit pas d'expulsion de glaires ; l'auscultation est habituellement muette. Elle est extrêmement fréquente et se voit à tout âge de l'enfance. M. GAREL l'attribue à une excitation du récurrent.

La toux de compression, toux aboyante ou toux de chien décrite par M. GAREL. C'est une toux spéciale, « forte, bruyante, profonde, à timbre caverneux, à retentissement sonore ». Elle peut coexister avec la toux coqueluchoïde. Pendant l'enfance, l'adénopathie trachéo-bronchique est la cause à peu près exclusive de la toux de compression.

M. DUFOUT donne encore comme ayant une grande valeur le *stertor inspiratoire* et le *stertor* ou *cornage expiratoire*. Ces signes peuvent être dus aussi à l'hypertrophie thymique, auquel cas ils s'accroissent dans le décubitus dorsal, tandis qu'il se sont pas modifiés lorsqu'ils sont dus à l'adénopathie trachéo-bronchique.

BARÉTY et GUÉNEAU de MUSSY ont signalé le *tirage* qui ne se trouve que très rarement réalisé par de très fortes compressions.

Le Professeur WEILL a signalé des accès de *laryngisme* manifestés par du spasme de la glotte et qui sont quelquefois assez violents pour amener une mort immédiate.

Le stertor expiratoire et le cornage ne se voient que chez de très jeunes enfants. Au delà de 3 ans, les conduits bronchiques plus résistants se laissent moins facilement comprimer.

Un signe assez fréquent à partir de cet âge est *l'asthme ganglionnaire de Joal* caractérisé par une expiration bruyante, plaintive et une dyspnée pouvant aller jusqu'à un certain degré de cyanose.

Les altérations de la voix par adénopathie sont, d'après M. GAREL, extrêmement rares chez l'enfant. La dysphagie est plus rare encore.

Nous aurons l'occasion de revenir sur certains symptômes d'ordre circulatoire que DUFOURT donne comme très effacés chez l'enfant.

Malgré leur diversité, les signes fonctionnels ne nous renseignent pas utilement sur la présence d'une adénopathie trachéo-bronchique. Il convient d'accorder une valeur autrement importante aux signes physiques. On en a décrit un nombre invraisemblable, parmi lesquels quelques-uns seulement méritent d'être retenus. A l'inverse des signes fonctionnels, c'est surtout *au delà de la deuxième année* qu'ils seront spécialement utiles au diagnostic.

Il est à remarquer, comme le disent RENAULT et SE-

GARD, la *discordance* qu'il y a entre la *localisation* des signes physiques et la *situation* des ganglions. La radioscopie révèle en effet que les ganglions sont placés plus bas que les signes physiques ne l'indiquent ordinairement.

INSPECTION

Beaucoup d'enfants porteurs d'adénopathies trachéo-bronchiques ont un aspect normal, il en est cependant *d'amaigris*.

WEILL a décrit dans la thèse de MÉDAN les *crises de cyanose*. Elles sont subites, débutent par la face, puis gagnent les extrémités. Leur durée varie de quelques minutes à quelques heures. Elles ne s'accompagnent ni de toux ni de dyspnée. On croit avoir affaire à des cardiaques, mais l'examen met vite en évidence l'adénopathie. Ces crises relèveraient d'un simple trouble vaso-moteur (WEILL). Dans des cas assez exceptionnels, un légère cyanose de la face coexiste avec de l'*œdème*, ces phénomènes relevant de la compression de la veine-cave supérieure par de la médiastinite.

On peut noter dans certains cas la présence d'un *réseau bleuâtre* de petites veines qui serpentent à la partie supérieure de la poitrine et des épaules. On a parlé de « *tête de Méduse vertébrale et sternale* ». Cette circulation complémentaire qui, pour DUFOUT est très inconstante, serait le fait d'une compression veineuse.

PALPATION

Le signe de la spinalgie de Pétrusky : douleur à la pression sur les premières apophyses épineuses dorsales est un signe d'une appréciation délicate, d'une rareté extrême et qui manque de spécificité.

Il est également bien difficile d'apprécier chez les enfants *l'augmentation des vibrations vocales*.

PERCUSSION

Elle ne donne quelques résultats que dans de très grosses adénopathies. Chez l'enfant d'âge moyen, la percussion vertébrale passe du son tympanique grave de la VII^e cervicale par un son clair et plein qui devient de nouveau plus grave à partir de la VII^e dorsale. C'est le *signe de Koranyi*, lequel n'a été rencontré qu'une seule fois par Dufour.

Depuis GUÉNEAU de MUSSY, on a admis que la *percussion sternale* et *parasternale* dans les trois premiers espaces donnait à l'occasion d'utiles renseignements. Elle serait pour SLUKA préférable à la percussion postérieure.

AUSCULTATION

Signe d'Heubner.

Normalement, on perçoit fortement au phonendoscope sur la VII^e cervicale la transmission du bruit laryngo-trachéal. Ce bruit, encore perceptible sur la première dorsale, cesse ensuite. Dans les cas d'adéno-

pathies, on le perçoit jusqu'à la IV^e ou V^e dorsale, sous la forme d'un souffle rude expiratoire. C'est un signe fréquent, de constatation aisée.

Signe de d'Espine.

Fréquemment associé au signe précédent, c'est incontestablement le meilleur, encore qu'il ne soit pas absolument spécifique.

En faisant prononcer à l'enfant les chiffres 33 ou 44 et en auscultant sur les apophyses épineuses des quatre ou cinq premières dorsales, on perçoit distinctement la voix sous l'oreille lorsque le signe est positif.

DUFOURT préfère la recherche de la *bronchophonie basse* ou *pectoriloquie aphone*, plus aisée, semble-t-il, à caractériser nettement que la bronchophonie haute de la voix pleine. Ce signe est pour lui le plus précoce et le plus constant de tous les signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Il a maintes fois rencontré le signe de D'ESPINE avec le signe d'HEUBNER, mais il n'a jamais constaté le signe d'HEUBNER sans le signe de D'ESPINE.

La *transsonance sterno-vertébrale de d'Elnitz* est bien difficile à reconnaître. Signalons également les *souffles hilaires* à timbre bronchique que l'on entend surtout dans les adénopathies hilaires.

DUFOURT donne comme extrêmement fréquent un signe qu'il a décrit dans la *Gazette des Hôpitaux* (21 juillet 1919).

Il s'agit de *foyers de crépitations* fines, amidonnées, sous-mamelonnaires, en un point que l'on peut con-

sidérer comme avoisinant l'extrémité antéro-inférieure de la grande scissure interlobaire.

Ces crépitations perceptibles avec netteté au phonendoscope n'occupent parfois qu'une zone très limitée de l'extrême base.

Les enfants accusent souvent une *douleur sourde* ou des *piqûres d'aiguille* à ce niveau, surtout dans les mouvements respiratoires intenses. Ce sont des *foyers de pleurite* ou de *cortico-pleurite*, qui ont paru à M. DUFOURT suivre assez exactement les fluctuations de l'évolution des ganglions médiastinaux.

Le signe de SMITH est, pour DUFOURT, dépourvu de toute valeur.

En somme « les seuls signes qu'il faut chercher sont
« le signe de D'ESPINE, le meilleur et le plus constant
« de tous, le signe d'HEUBNER, les souffles para-ver-
« tébraux hilaires et les modifications données par la
« percussion soit en arrière du thorax, soit surtout en
« avant.

« Mais aucun de ces signes n'a de valeur spécifi-
« que... Aussi bien, nous concluerons avec RIBADEAU-
« DUMAS, COMBY, GUINON, VARIOT, HUTINEL qu'il n'est
« pas de signe dont la valeur soit absolue et qui puis-
« se se suffire à lui-même. » (DUFOURT).

Tout diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique doit être confirmé par un *examen radioscopique* ou par la *radiographie*. D'après Albert WEILL, la radiographie instantanée serait préférable. Mais les rayons X sont-ils eux-mêmes à l'abri de toute critique ?

Nous lisons dans l'article de M. DUFOURT : « WEILL
« et MOURIQUAND, HEUBNER, KOHLER, MÉRY ont vu des

« adénopathies trachéo-bronchiques ne donner aucun signe radioscopique, alors que l'autopsie les révélait considérables.

« Un fait de ce genre nous étant survenu, nous avons prélevé quelques ganglions du volume d'une petite noix et les avons portés sur le thorax d'enfants que nous avons alors radioscopés. Ces ganglions dont la position nous était connue, sont devenus parfaitement invisibles. »

Les signes radiologiques décrits par BOUCHARD, BÉCLÈRE, WEILL, DETRÉ, etc... comprennent deux groupes d'images :

1° Des images localisées dans l'espace clair médian. Ce sont des ombres qui se dessinent en taches ou en plages dans le médiastin et qui répondent aux groupes ganglionnaires pré et inter trachéo-bronchique.

2° Des images localisées au hile apparaissant sous forme de plage dont l'extrême diversité de forme, de contour, d'étendue, de nombre, a valu des auteurs des dénominations variées et fantaisistes. Ces images répondent aux ganglions inter-bronchiques.

Nous avons systématiquement passé à l'écran tous les malades sur lesquels ont porté nos recherches et, dans certains cas, nous avons fait faire des radiographies instantanées pour pouvoir faire des comparaisons entre les images radioscopiques et les clichés.

Nous avons pratiqué des radioscopies de dos, de face et en position oblique. Ainsi nous avons pu reconnaître que les adénopathies trachéo-bronchiques donnent des *images irrégulières, polycycliques, à contours festonnés*, avec parfois certains points plus foncés ; ces images sont *toujours immobiles*.

Au point de vue clinique, nous avons soigneusement interrogé les malades, recherchant leurs antécédents pulmonaires. Les signes fonctionnels les plus fréquents que nous avons trouvés sont la *toux coqueluchoïde*, la *toux de Garel*, et enfin une *toux sèche, quinteuse*, pénible, qu'il faut attribuer à une compression.

En revanche, nous n'avons jamais rencontré de grands syndromes de compression vasculaire avec œdème et cyanose, pas plus que de la dyspnée ni du stertor. Nous avons trouvé surtout de *petits signes de compression*. Nous insistons particulièrement sur la fréquence chez nos malades de la toux coqueluchoïde qui s'explique par une compression soit de l'arbre trachéo-bronchique, soit du pneumo-gastrique.

L'asthme bronchique que nous avons constaté chez quelques-uns des sujets examinés peut reconnaître cette dernière étiologie.

On pourrait se demander si le *déséquilibre vaguo-sympathique* étudié par MM. COLLET et REBATTU en 1923, REBATTU et PAUFIQUE en 1925, n'est pas le fait d'une compression. On sait que les adénoïdiens sont très fréquemment des *dystoniques végétatifs* à prédominance vaguo-tonique (REBATTU). Il est possible que les ganglions trachéo-bronchiques hypertrophiés jouent un rôle dans les compressions qui entraînent ces troubles neuro-végétatifs.

Nous exposerons dans le chapitre suivant les résultats que nous avons obtenus par l'examen clinique et radioscopique de nos malades quant à la fréquence du retentissement ganglionnaire.

CHAPITRE III

Fréquence du retentissement ganglionnaire chez les adénoïdiens

Le nombre d'enfants qui présentent des adénopathies sous-maxillaires ou cervicales est extrêmement élevé. Les consultations de médecine infantile reçoivent chaque jour de petits malades ayant au cou des « glandes » attribuées par les mères aux causes les plus diverses ainsi que les plus fantaisistes.

Au cours de notre externat dans le service de laryngologie de notre maître le Docteur REBATTU, nous avons été frappés par le nombre d'enfants dont les ganglions étaient hypertrophiés. Nous avons pu nous rendre compte par l'interrogatoire que ces enfants avaient, pour la plupart, présenté des poussées plus ou moins aiguës d'adénoïdite, et l'examen du nasopharynx nous révélait de façon à peu près constante une hypertrophie du tissu lymphoïde.

A la suite de nombreux auteurs, MM. REBATTU et PAUFIQUE se sont demandé si l'atteinte du système lymphatique ne se poursuivait pas plus loin jusque dans le médiastin, comme pouvaient le faire supposer certains symptômes, tels que la toux coqueluchoïde.

C'est ainsi que nous avons été amenés à étudier les rapports qui existent entre les végétations adénoïdes et l'adénopathie trachéo-bronchique.

La coexistence de ces deux affections a été souvent signalée. Déjà GUÉNEAU de MUSSY, dans ses cliniques, montrent le rôle des infections naso-pharyngées dans l'étiologie de l'adénopathie trachéo-bronchique. GAREL, dans son *Traité des Maladies du Nez*, insiste sur les relations qui unissent ces deux affections et discute leur nature. Enfin, M. COLLET, dans son *Précis des Maladies des Voies respiratoires*, considère les végétations adénoïdes comme une cause fréquente d'adénopathie trachéo-bronchique.

NOBÉCOURT a publié en collaboration avec TIXIER, dans la *Gazette des Hôpitaux* (1908), dix-huit observations d'enfants porteurs de végétations ; 6 d'entre eux présentaient de l'adénopathie trachéo-bronchique. Nous ne citerons pas tous les auteurs qui avant nous ont étudié la question, nous renvoyons pour cela à la bibliographie.

Nous avons voulu reprendre avec quelques précisions cette étude et apporter notre contribution à la question en examinant systématiquement pendant un certain temps tous les enfants porteurs de végétations adénoïdes qui se sont présentés aux consultations

d'oto-rhino-laryngologie de l'Hôtel-Dieu et de l'Hôpital St-Pothin.

Nous avons observé 60 enfants avec un proportion égale de garçons et de filles, et dont l'âge variait de 3 à 15 ans.

Chez tous ces enfants, nous avons procédé à un examen clinique minutieux, recherchant notamment les signes d'HEUBNER et de D'ESPINE, ayant recours dans tous les cas à la radioscopie et quelquefois à la radiographie. Nos résultats ont été les suivants :

24 de nos petits malades ne présentent pas cliniquement d'adénopathie trachéo-bronchique.

La radioscopie et la radiographie ne décèlent rien chez la plupart d'entre eux. L'ombre hilaire aperçue chez quelques-uns est tout à fait négligeable et s'explique par la présence des gros vaisseaux du hile.

12 des enfants examinés ont une adénopathie peu importante, voire même très légère chez certains. Néanmoins elle se révèle indiscutable par des signes cliniques et la radioscopie la confirme.

Enfin, chez 24 de nos malades, nous avons trouvé des ganglions trachéo-bronchiques nettement hypertrophiés tant cliniquement que radioscopiquement.

En somme, les *ganglions trachéo-bronchiques ne sont pas indemnes* chez 36 des sujets examinés, ce qui donne une proportion de 60 %. Mais c'est seulement chez 24 d'entre eux, soit 40 %, que l'on peut parler avec toute certitude d'adénopathie trachéo-bronchique.

Le chiffre est important, mais si nous nous reportons aux statistiques publiées antérieurement (NOBÉ-COURT et TIXIER, 33 %) il ne semble pas exagéré.

CHAPITRE IV

Mécanisme de l'infection ganglionnaire

Comment expliquer le mécanisme de l'infection ganglionnaire ?

Nous allons nous occuper successivement des ganglions du cou et des ganglions trachéo-bronchiques. Quelques mots d'anatomie nous semblent nécessaires et nous montrerons facilement la route suivie par l'infection.

L'appareil lymphatique du pharynx présente un développement considérable en rapport avec la richesse de la muqueuse en tissu lymphoïde.

En effet, le carrefour rhino-pharyngé est tapissé par un anneau lymphoïde presque ininterrompu : *Anneau de Waldeyer*. Du sommet du cavum où se trouve la glande de LUSCHKA s'étend une nappe lymphoïde qui va rejoindre les amygdales palatines, le tissu adénoïde de la fossette de ROSENMÜLLER et l'amygdales GERLACH.

La glande de Luschka elle-même est faite de larges mailles enserrant des cellules lymphatiques et des follicules clos.

« Parce qu'ils communiquent entre eux sans tissu cellulaire interposé, les éléments de la nappe adénoïdienne du cavum forment une sorte de ganglion étalé qui rappelle les éléments lymphoïdes de l'intestin. *Une adénoïdite c'est déjà une manière d'adénite.* » (SÉGARD.)

Les lymphatiques du pharynx naissent par deux réseaux, l'un muqueux, l'autre musculaire. De ces deux réseaux, mais particulièrement du réseau muqueux, partent de nombreux collecteurs qui peuvent être répartis en trois groupes : un groupe supérieur, un groupe moyen, un groupe inférieur.

Les collecteurs supérieurs naissent de la voûte du pharynx, des parois latérales du pharynx nasal et de la moitié supérieure de la paroi postérieure.

La plupart de ces vaisseaux se dirigent vers la ligne médiane postérieure et traversent, à ce niveau, la paroi pharyngée. Ils se portent alors en dehors, en cheminant dans l'aponévrose péri-pharyngée et se terminent dans *les ganglions rétro-pharyngés* placés à la jonction de la face postérieure et des faces latérales du pharynx, en dedans des aponévroses sagittales de cet organe. C'est ce qui nous explique l'apparition d'*abcès rétro-pharyngien* au cours d'une infection brutale.

Sur leur trajet, ces vaisseaux présentent quelques nodules ganglionnaires interrupteurs. Certains ont un trajet spécial, et, évitant le relai rétro-pharyngien, ga-

gnent directement les *ganglions supérieurs et moyens de la chaîne jugulaire interne*.

Les collecteurs moyens naissent en arrière de la région amygdalienne. Ils perforent la tunique musculaire au-dessus de la grande corne de l'os hyoïde et aboutissent les uns dans les *ganglions sous-maxillaires et sous-angulo-maxillaires*, les autres *aux ganglions de la chaîne jugulaire interne*.

Les collecteurs inférieurs naissent de la moitié inférieure du pharynx. Ils convergent vers la partie moyenne des gouttières pharyngo-laryngées et se jettent dans *quatre ou cinq ganglions de la chaîne jugulaire interne*, à la partie moyenne du corps thyroïde.

En résumé, les lymphatiques du naso-pharynx aboutissent soit aux ganglions rétro-pharyngés, soit aux ganglions sous-angulo-maxillaires et sous-maxillaires, soit aux ganglions de la chaîne jugulaire interne.

Tous les vaisseaux lymphatiques qui sont tributaires des ganglions cervicaux traversent ces ganglions et se dirigent ensuite, de haut en bas, vers la base du cou. Arrivés dans l'espace angulaire que circonscrivent la jugulaire interne et la sous-clavière, ils ne forment que trois ou quatre troncs qui vont s'ouvrir à gauche dans le canal thoracique et à droite dans la grande veine lymphatique.

Ces données anatomiques nous expliquent les adénopathies sous-maxillaires et carotidiennes que l'on rencontre chez les adénoïdiens, l'infection se propageant par la voie que nous avons décrite pour donner une hypertrophie des ganglions ci-dessus mentionnés.

Sous l'influence d'une première poussée inflamma-

toire se produira une première amygdalite pharyngée (amygdalite pharyngée aiguë primitive. AUSSET et DORION). Le tissu lymphoïde s'hypertrophie et demeure hypertrophié, les végétations adénoïdes sont constituées et ouvrent la porte aux adénoïdites futures.

Que va-t-il se passer au cours de ces adénoïdites, véritables « flambées du cavum », pour employer l'expression imagée de SEGARD ?

Les ganglions que nous avons mentionnés dans notre rappel anatomique réagissent, s'hypertrophient et nous assistons au tableau clinique que nous avons décrit plus haut. Nous avons vu que l'*adéno-phlegmon* était extrêmement rare.

L'adénoïdite refroidie, ces ganglions restent longtemps augmentés de volume. Ils sont d'ailleurs entretenus par de petites poussées d'adénoïdite évoluant à bas bruit.

Les *ganglions trachéo-bronchiques* qui s'étendent sans interruption de la bifurcation trachéale aux terminaisons bronchiques sont considérés par beaucoup d'auteurs comme autonomes. Ils sont tributaires des gros troncs lymphatiques auxquels leurs vaisseaux efférents aboutissent de bas en haut.

Mais il existe des chaînes ganglionnaires juxta-trachéales — *chaînes de Gouguenheim* — qui font communiquer ce groupe ganglionnaire avec le réseau lymphatique du cou.

L'infection que nous avons vu tout à l'heure localisée aux ganglions sous-maxillaires et cervicaux peut par conséquent se propager jusqu'aux ganglions trachéo-bronchiques. C'est l'*infection par voie directe ou infection primitive*,

A côté de cette infection directe, il existe une *infection secondaire par voie indirecte* des ganglions médiastinaux.

En effet, tous ces ganglions réagissent au cours des infections des organes d'où viennent leurs lymphatiques afférents : plèvres, poumons, bronches, trachée.

Or, l'infection du rhino-pharynx a été depuis longtemps considérée comme une des grandes causes d'infection des voies respiratoires, trachée et bronches en particulier.

HELME, cité par SEGARD, a décrit le premier la *laryngite* et la *bronchite secondaires à l'adénoïdite ou au catarrhe rhino-pharygé chronique*. « Les germes et les toxines, obéissant simplement aux lois de la pesanteur, peuvent arriver jusqu'au larynx et même jusqu'aux bronches. »

Il semble bien que ce soit là une notion banale, puisque le populaire depuis longtemps a coutume de parler des rhumes de cerveau qui tombent sur la poitrine.

En 1913, le Docteur Henri FLURIN, en collaboration avec FLORAND et FRANÇOIS, a attiré l'attention sur la fréquence des affections bronchiques d'origine nasale.

Il s'est attaché à montrer qu'une bronchite chronique, que ne peuvent expliquer ni les troubles fonctionnels d'un grand système organique, ni la nature spécifique d'un agent pathogène causal, *trouve toujours, dans le rhino-pharynx la raison de sa chronicité*. Il a créé le terme de *rhino-bronchite descendante*, qui a été consacré par SERGENT, dans son livre sur les syndromes respiratoires.

FLURIN a classé ces bronchites en trois groupes :

Rhino-bronchites par obstruction nasale ;

Rhino-bronchites par troubles réflexes d'origine naso-pharyngée ;

Rhino-bronchites par propagation aux bronches des infections du rhino-pharynx. Ce dernier groupe est le plus important.

Toutes les causes d'obstruction nasale prédisposent aux inflammations subaiguës et répétées des bronches, et le Professeur SERGENT a eu un mot heureux en parlant des « bronchites des nez bouchés ».

D'autre part, les irritations du nez et du pharynx peuvent provoquer une contraction spasmodique des muscles inspireurs, accompagnée d'une poussée vaso-motrice de la muqueuse des bronches. Le tableau clinique est celui de l'asthme bronchique. L'asthme bronchique d'origine nasale n'est donc qu'une rhino-bronchite spasmodique (FLURIN).

« Dans l'immense majorité des cas, ce sont les infections banales du naso-pharynx qui sont la grande cause des rhino-bronchites descendantes. Mais, avant d'atteindre les bronches, elles se localisent d'abord aux formations lymphoïdes et, en particulier, à l'amygdale pharyngée. » (FLURIN.)

Les sécrétions muco-purulentes venant du cavum descendent le long des voies respiratoires. Le *larynx* reste très souvent *indemne*, les sécrétions accumulées tombant sur les cordes vocales sont chassées par les secousses de toux.

Le processus se localise *rarement* à la *trachée* seule, il atteint les *grosses bronches* et peut aller jusqu'à l'alvéole pulmonaire.

Ces trachéites et ces bronchites persistent longtemps. Ce sont elles qui causent ces toux sèches, rebelles, que l'on attribue trop volontiers à la tuberculose. Bien entendu, elles retentissent sur le système ganglionnaire; l'adénopathie trachéo-bronchique est constituée.

A côté de ces infections par voie directe (voie lymphatique), par voie indirecte (rhino-bronchites descendantes), il existe une *infection par voie mixte* réunissant ces deux processus.

Au cours d'une adénoïdite aiguë, en même temps que s'infecte le système lymphatique ganglionnaire, la trachée et les bronches sont contaminées par les sécrétions muco-purulentes. La bronchite qui en résulte entretient l'adénopathie.

CHAPITRE V

Relations avec la tuberculose

Les rapports entre les végétations adénoïdes et la tuberculose ont beaucoup prêté à discussion. Certains auteurs tendent à attribuer à la tuberculose l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx.

Nous avons montré par les faits que l'adénopathie trachéo-bronchique était fréquemment une *complication* d'une adénoïdite. Nous allons étudier maintenant les rapports de la tuberculose avec ces deux affections.

Ce point a été l'objet d'une étude critique très complète et très documentée faite par M. COLLET, dans son livre : Tuberculose du larynx et des voies respiratoires supérieures. C'est à ce livre que nous empruntons la plus grande partie de ce qui va suivre.

Il est des cas où la tuberculose n'aurait d'autre aspect clinique que l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx. BROCA (1874) et WRIGHT (1893) ont nié

la tuberculose des végétations adénoïdes. C'est à LERMOYEZ que nous devons la première observation de végétations adénoïdes tuberculeuses.

DIEULAFOY, peu de temps après, a édifié sa conception générale de la tuberculose larvée des trois amygdales (1895). Il a fait porter ses expériences sur une centaine de cobayes et il est parvenu à tuberculiser avec des fragments de végétations adénoïdes 20 % d'entre eux.

D'autres auteurs, parmi lesquels CORNIL, PILLIET (1892), LERMOYEZ (1894) ont fait des recherches histologiques et ont trouvé dans des tissus adénoïdiens des formations tuberculeuses.

Mais la proportion donnée par DIEULAFOY de végétations adénoïdes tuberculeuses est *loin d'être confirmée* par les recherches postérieures.

LACHMANN a rassemblé dans sa thèse inaugurale les statistiques publiées antérieurement. Il trouve, *sur 2.065 cas, 89 fois la tuberculose*, c'est-à-dire dans une *proportion de 4,3 %*. D'autre part, ses examens histologiques personnels lui ont montré *une fois seulement* du tissu tuberculeux *sur 46 cas observés*.

F. IVENS, cité par COLLET, a examiné 35 *adénoïdiens* indemnes apparemment de toute localisation tuberculeuse, pulmonaire ou abdominale. Tous avaient les ganglions cervicaux plus ou moins engorgés, un seul avec dégénérescence caséuse. Ces végétations, une fois enlevées, furent soumises à l'examen histologique. *30 d'entre elles* n'ont montré que de *l'hypertrophie simple* ; dans 4 cas, il y avait de *l'inflammation chronique*, dans un seul, il s'agissait de *tuberculose*, c'était le cas où les ganglions du cou étaient tuberculeux.

TARCHETTI et ZANCONI ont repris les expériences de DIEULAFOY avec 14 malades, sans pouvoir arriver à prouver qu'il s'agisse de tuberculose latente.

NOBÉCOURT et TIXIER concluent de leurs examens histologiques et de leurs inoculations que la tuberculose du tissu adénoïdien *est tout à fait exceptionnelle*.

En résumé, les statistiques des auteurs sont les suivantes :

Pour DIEULAFOY, 20 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour PLUDER, 16 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour BRINDEL, 13 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour LEWIS, 5 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour HYNITZEL, 4 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour WEX, 3 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses ;

Pour LACHMANN, 2,2 % des végétations adénoïdes sont tuberculeuses.

Ces résultats ont été obtenus, soit par l'inoculation, soit par l'examen histologique, soit par ces deux méthodes réunies.

Sur les 60 malades sur lesquels ont porté nos recherches, 6 *seulement* nous ont paru suspects de tuberculose : antécédents familiaux (parents morts tuberculeux, frères ou sœurs soignés dans des sanatoriums), aspect amaigri, sommets douteux. Chez les 54 autres, l'examen radioscopique et clinique ne montrait au-

cune lésion des sommets ; il n'y avait pas de localisation tuberculeuse et on ne trouvait rien dans les antécédents.

Les végétations des 6 enfants suspects, après ablation, ont été envoyées au Laboratoire d'Anatomie pathologique ; *l'examen histologique* a été *négatif* dans 5 cas. Dans un seulement, il nous a révélé des formations tuberculeuses typiques avec cellules géantes et follicules tuberculeux.

Nos recherches ne nous ont donc montré la *tuberculose* d'une façon *indiscutable* que dans 1,66 % des cas.

Ces statistiques montrent assez la différence d'opinions qui existe entre les auteurs.

« On ne peut admettre les chiffres donnés par DIEULAFOY. Ils n'ont pu être obtenus que par une expérimentation défectueuse. » (COLLET.)

Au point de vue bactériologique, *la présence de bacilles de Koch* à la surface des végétations adénoïdes *ne prouve pas* que celles-ci soient d'origine tuberculeuse.

En effet, STRAUSS a montré qu'on pouvait trouver dans les fosses nasales des personnes saines des bacilles tuberculeux. On trouve assez fréquemment dans le naso-pharynx des enfants des villes, plus exposés à la contagion, des bacilles de Koch, sans que ces enfants présentent aucune lésion tuberculeuse. La présence du bacille de Lœffer, elle-même beaucoup plus fréquente, est loin d'impliquer une diphtérie.

« L'inoculation positive au cobaye ne prouve pas davantage. Il ne faut pas confondre les végétations

bacillaires avec les végétations bacillifères et on comprend que des bacilles de Koch renfermés dans des cryptes profondes, presque centrales, puissent tuberculiser le cobaye. » (COLLET.)

Au point de vue anatomo-pathologique, *la présence de cellules géantes n'a pas une valeur absolue* (WRIGHT). Ces cellules peuvent être le résultat d'un processus réactionnel banal et on en rencontre dans d'autres affections que la tuberculose, notamment dans la syphilis (NICOLAS).

Seule la constatation de *follicules tuberculeux typiques* avec *cellules géantes* et *cellules épithélioïdes* permet de conclure à une tuberculose.

LERMOYEZ donné des végétations adénoïdes tuberculeuses la description anatomo-pathologique suivante : « Une tuberculose typique, un tissu de granulations bacillaires végétantes du naso-pharynx : c'est une tuberculose végétante en pleine organisation, sans trace de dégénérescence. Tout le tissu normal de l'amygdale pharyngée est transformé en un tissu de granulations ; seule, la disposition systématique des amas bacillaires et des granulations permet de soupçonner une lésion tuberculeuse d'un organe lymphoïde. »

Il faudrait, pour avoir une certitude plus grande encore, réunissant les renseignements histologiques et bactériologiques, *colorer sur une coupe le bacille de Koch*. Cette constatation est *extrêmement rare*.

Est-ce à dire qu'il n'y ait pas de végétations adénoïdes tuberculeuses ? Certes non. Le laboratoire n'est pas le seul à préciser le diagnostic, la clinique nous

permet d'arriver à des résultats en nous donnant des signes de probabilité, si elle est impuissante à nous donner une certitude absolue.

« A l'œil nu, les végétations adénoïdes de nature tuberculeuse ne paraissent révéler rien de particulier. Les cavités cryptiques remplies de détritüs caséeux qui s'observent souvent sur l'amygdale, mais beaucoup plus rarement sur les végétations ne prouvent absolument rien. » (COLLET.)

Une hérédité tuberculeuse chargée, l'anémie du voile du palais (MOURET), l'état général cachectique (LERMOYEZ) auraient une certaine valeur. Des signes pulmonaires appréciables, un amaigrissement considérable avec toux et fièvre, constituent une présomption sérieuse. *Les ganglions du cou*, à moins qu'ils ne soient manifestement tuberculeux, *n'ont pas de valeur.*

Dans la pratique, en présence de *végétations adénoïdes*, on ne pense pas à la tuberculose. Mais s'il y a coexistence de ganglions trachéo-bronchiques, on y pense davantage. Cependant, il ne faudrait pas croire que l'adénopathie trachéo-bronchique soit toujours tuberculeuse. PIZZINI (1890) tenta de tuberculiser 35 cobayes avec des ganglions trachéo-bronchiques ; le résultat fut *positif pour 12* d'entre eux seulement.

Plus récemment, à la suite de nombreux travaux, c'est presque une synonymie qui s'est installée insidieusement entre le terme d'adénopathie trachéo-bronchique et le terme de tuberculose. Il peut d'ailleurs y avoir tuberculose sans que les ganglions trachéo-bronchiques soient hypertrophiés. Les autopsies sont démonstratives à ce sujet.

NOBÉCOURT et APTERKMANN ont pratiqué *l'intra-dermo-réaction* à la tuberculose chez des enfants porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique. Ils ont vu que celle-ci est à *peu près aussi souvent négative* chez les adénoïdiens porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique que chez ceux qui n'ont que des végétations adénoïdes. Leurs statistiques sont les suivantes :

Sur 8 adénoïdiens non porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique, l'intra-dermo-réaction fut :

Positive 3 fois, soit 37,5 % des cas ;

Négative 5 fois, soit 62,5 % des cas.

Sur 14 enfants porteurs, à la fois, de végétations adénoïdes et de ganglions trachéo-bronchiques, l'intra-dermo-réaction fut :

Positive 6 fois, soit 42,8 % des cas ;

Négative 8 fois, soit 57,2 % des cas.

Sur 14 enfants porteurs d'adénopathie trachéo-bronchique sans concomittance de végétations adénoïdes, l'intra-dermo-réaction fut :

Positive 9 fois, soit 64,2 % des cas ;

Négative 5 fois, soit 35,7 % des cas.

D'autres recherches, faites par NOBÉCOURT et TIXIER donnent les résultats suivants :

Sur 40 adénoïdiens :

18 ne réagissent pas à la tuberculine, soit 45 % ;

22 réagissent à la tuberculine, soit 55 %.

Sur 34 adénopathies trachéo-bronchiques :

15 ne réagissent pas, soit 44,1 % ;

19 réagissent, soit 55,9 %.

LÉON BERNARD et VITRY ont trouvé une *cuti-réaction positive* 64 fois sur 194 enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique,

En résumé, pour nous en tenir aux résultats publiés par NOBÉCOURT et APTERKMANN, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, les enfants atteints d'une hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx et porteurs de ganglions trachéo-bronchiques *réagissent positivement* à la tuberculine dans une *proportion de 42,8 %*.

Les enfants atteints d'adénopathie trachéo-bronchique sans végétations adénoïdes concomitantes *réagissent positivement* à la tuberculine dans une *proportion de 64,2 %*.

NOBÉCOURT et APTERKMANN ont conclu de ces résultats que les *adénopathies trachéo-bronchiques n'étaient pas toujours tuberculeuses* et que *la plupart des adénopathies trachéo-bronchiques non tuberculeuses étaient dues à des végétations adénoïdes*. Toutefois, ce n'est pas la seule cause.

LÉON BERNARD et VITRY ont constaté sur leurs 64 cas où la cuti-réaction était négative, 15 adénopathies trachéo-bronchiques auxquelles ils ont attribué une autre étiologie : rougeole, coqueluche, grippe, antécédents broncho-pneumoniques, dans deux cas la spécificité.

Ils attribuent d'autres de ces adénopathies à des bronchites à répétition mais il serait intéressant de savoir si ces bronchites ne sont pas dues elles-mêmes à une obstruction naso-pharyngée.

Nous lisons, dans leur communication à l'Académie de Médecine, du 10 juillet 1923 : « Il faut être très réservé dans le diagnostic étiologique des adénopathies trachéo-bronchiques. Toutefois, si la clinique est impuissante à en déceler l'origine tuberculeuse, nous avons le critère de la cuti-réaction. »

Il ne faudrait pas croire que l'*intra-dermo-réaction* possède une valeur absolue pour dépister la tuberculose. En effet, la cuti-réaction est *très souvent positive* chez des enfants porteurs ou non de végétations adénoïdes qui, après l'âge de 5 ans, ont été exposés par suite d'un manque d'hygiène à une contamination tuberculeuse, *sans qu'ils soient pour cela tuberculeux eux-mêmes.*

D'autre part, les porteurs de ganglions trachéo-bronchiques plus ou moins hypertrophiés peuvent présenter à l'intérieur d'un de ces ganglions un tubercule non en évolution, sans en ressentir aucun trouble. Cela suffit néanmoins pour qu'ils aient une cuti-réaction positive.

Au Congrès de Pédiatrie de Bruxelles, en 1921, NOBÉCOURT, parlant de l'étiologie des adénopathies trachéo-bronchiques, a dit :

« Il faut toujours rechercher le rôle chez l'enfant des infections des voies respiratoires supérieures entretenues par l'hypertrophie du tissu lymphoïde du pharynx et par les végétations adénoïdes.

« Ces infections sont une cause fréquente d'adénopathie trachéo-bronchique, et il suffit de traiter les premières pour voir disparaître les secondes. Une cuti-réaction à la tuberculose positive n'exclut pas l'intervention, car les intrications des infections banales et de la tuberculose sont communes.

« Bien des enfants, qui ont un tubercule dans un ganglion trachéo-bronchique, tubercule absolument inerte, présentent une cuti-réaction positive. Ces enfants ont de la température, leur état général est mé-

diocre, on constate des signes d'adénopathie trachéo-bronchique. Mais, en même temps, ils ont de la rhinopharyngite et des végétations adénoïdes.

« S'il ne faut pas d'emblée éliminer la tuberculose évolutive, il faut traiter l'inflammation des muqueuses et les végétations. Souvent alors on a la preuve qu'il ne s'agit pas d'une tuberculose évolutive. »

Du même auteur, dans la *Presse Médicale*, du 29 juin 1921 :

« Voilà un enfant pris de température et de toux, on constate une adénopathie trachéo-bronchique et une cuti-réaction positive. Si on se borne à cette constatation, on peut penser à une évolution tuberculeuse. Mais on remarque que la respiration est gênée, bruyante, qu'il y a du coryza, que le pharynx est rouge et que sa paroi postérieure est couverte de muco-pus. On reconnaît une inflammation aiguë du pharynx et celle-ci peut être en cause aussi bien que l'adénopathie et la toux.

« Quelle est la part de l'adénopathie et de l'infection pharyngée dans ce tableau clinique ? Si l'on connaît de longue date l'adénopathie, le diagnostic est facile. Sinon, incriminer d'emblée le pharynx.

« Mais les faits ne sont pas toujours aussi simples, l'adénoïdite aiguë donne souvent peu de signes locaux; elle reste occulte, la température est persistante et peut en imposer pour de la tuberculose. Mais un médecin averti pense toujours à examiner le naso-pharynx et n'oublie pas l'importance de son rôle dans la pathologie infantile. »

M. GENÉVRIER se demande si les enfants ayant des

végétations et des adénites non tuberculeuses ne sont pas plus exposés que les autres à être infectés par le bacille de Koch. *Le fait est possible*, on est même tenté d'admettre que ces enfants, en raison du mauvais état de leurs voies respiratoires ou par suite de leur état général médiocre, sont, plus que les autres, menacés de la contagion et nous les considérons assez volontiers comme *des candidats à la tuberculose* ; c'est une question de milieu, d'hérédité, de terrain.

Très souvent, on a porté à tort le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez des enfants présentant une température irrégulière, une toux sèche et un état général déficient. Ce sont de faux tuberculeux et un examen du naso-pharynx en aurait fait la preuve.

CHAPITRE VI

Traitement

Quelle est la conduite à tenir en présence d'un de ces malades.

C'est, en général, pour une toux coqueluchoïde ou pour une toux persistante qu'ils viennent consulter. D'autres fois, les parents désirent avoir l'avis du médecin sur les glandes dont leur enfant est porteur.

Un *examen complet*, général et local s'impose. La *radioscopie* ne doit jamais être négligée. Si l'enfant présente des *végétations adénoïdes*, *ce sont elles qu'il faut traiter tout d'abord*.

Au cas où nous serions en présence d'une adénoïdite en évolution, le premier traitement à conseiller est la *désinfection du pharynx*. Il y a pour cela toute une gamme de médicaments : pommade avec adrénaline et cocaïne (MOURE), pour diminuer la turgescence des muqueuses; instillations d'huile mentholée

et résorcinée; instillations de solution à base d'argent colloïdal à 1/30 ou à 1/50 (collargol, protargol, argyrol); inhalations à base de goménol, de baumé du Pérou, de teinture de benjoin.

En même temps, des mesures d'hygiène générale devront être prises : garder l'enfant à la chambre, lui éviter toute cause de contamination: réunions enfantines; surveiller la température.

Il ne faut absolument pas intervenir tant que l'adénoïdite n'est pas *complètement refroidie* et tant qu'il persiste de la *rhinite* : il sera nécessaire d'attendre en général trois ou quatre semaines. C'est à ce moment seulement que l'opération aura des effets favorables. Opérer en période aiguë serait courir au devant d'un désastre : on a signalé des méningites et des septicémies mortelles à la suite d'une intervention sur des adénoïdes infectées.

Nous n'entrerons pas dans les détails de l'adénoïdectomie et nous n'insisterons pas davantage sur les soins post-opératoires.

Si l'on avait quelque raison de soupçonner la tuberculose, il faudrait être prudent pour poser les indications opératoires.

Nous avons vu que, pour NOBÉCOURT, une cuti-réaction positive ne contre-indiquait pas l'intervention ; « c'est en traitant le pharynx qu'on réalisera une prophylaxie effective des infections des voies respiratoires inférieures.

« La suppression du foyer pharyngé a une influence heureuse sur l'adénopathie trachéo-bronchique. Certes, elle ne guérira pas la tuberculose si celle-ci est

aussi en cause, mais en supprimant les réactions inflammatoires qu'entraîne la répétition des adénoïdites, elle facilitera la guérison.

« D'ailleurs, quand on a réalisé la désinfection du pharynx, le même traitement général est indiqué pour modifier la vitalité du tissu lymphoïde, de la muqueuse pharyngée et des ganglions » (NOBÉCOURT).

En présence de *végétations adénoïdes tuberculeuses*, l'intervention nous *semble contre-indiquée* en raison des manifestations consécutives à l'ablation.

LERMOYEZ a vu se développer en quelques semaines une phthisie à évolution rapide. M. COLLET cite le cas de deux enfants de 7 à 8 ans, opérés de végétations adénoïdes ; chez l'un, il a assisté au développement d'une pleurésie séro-fibrineuse, plus tard suivie de granulie, chez l'autre, à l'éclosion d'un mal de Pott. M. REBATTU a vu chez une enfant de 7 ans se développer une méningite tuberculeuse, trois semaines après l'intervention.

« Lorsqu'on soupçonne un cas de ce genre, peut-être serait-il préférable de recourir à l'ablation à l'anse galvanique (du moins si le volume et la forme des végétations le permettent), et encore ce n'est là qu'une hypothèse, car la granulie peut aussi bien avoir son point de départ dans les ganglions du cou sur lesquels retentira à distance le traumatisme local, que dans les végétations elles-mêmes. » (COLLET.)

Nous croyons que, si l'on n'a pas des raisons particulièrement sérieuses de soupçonner la tuberculose, il faut intervenir et, au besoin, *mettre ensuite les enfants dans un préventorium.*

En même temps, *l'état général sera tonifié* ; on donnera de l'iode, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue, du sirop iodotanique.

On pourra conseiller également une *saison thermique*. Salies-de-Béarn, la Bourboule, le Mont-Dore et surtout Saint-Honoré-les-Bains sont particulièrement indiqués.

Nous avons opéré nos 60 malades. Chez aucun, il n'y a eu d'incidents post-opératoires.

Quelques-uns seulement de ceux qui avaient des ganglions trachéo-bronchiques — une dizaine environ — sont revenus se montrer. Nous avons pu constater que leur état général s'était considérablement amélioré et que l'adénopathie trachéo-bronchique était en voie de régression. Les symptômes fonctionnels tels que toux coqueluchoïde avaient disparu.

En somme, les *contre-indications* de l'adénoïdectomie restent tout à fait *exceptionnelles* et c'est par l'opération que l'on préviendra une tuberculisation secondaire, malgré tout possible.

CONCLUSIONS

I. — Les enfants porteurs de végétations adénoïdes présentent fréquemment des ganglions sous-maxillaires, cervicaux, carotidiens, et, bien souvent, on constate également chez eux la présence d'une adénopathie trachéo-bronchique.

II. — L'examen clinique et la radioscopie permettent de se rendre compte de la fréquence du retentissement ganglionnaire.

Classiquement, 30 % des adénoïdiens sont porteurs d'une adénopathie trachéo-bronchique. Nos statistiques ont porté sur 60 enfants atteints de végétations adénoïdes.

24 n'avaient pas d'adénopathie ou présentaient une ombre hilaire insignifiante, soit 40 %.

12 avaient une adénopathie légère, très peu importante, mais incontestable, soit 20 %.

24 enfants avaient des ganglions trachéo-bronchiques, notablement hypertrophiés, soit 40 %.

En somme, 36, soit 60 % présentaient peu ou prou des ganglions trachéo-bronchiques.

III. — L'infection des ganglions trachéo-bronchiques peut se faire :

1° Par voie directe : l'infection suivant la voie lymphatique (infection primitive).

2° Par voie indirecte : l'hypertrophie des ganglions médiastinaux reconnaissant pour cause une affection des voies respiratoires — le plus souvent rhino-bronchite descendante — causée elle-même par une adénoïdite (infection secondaire).

3° Par voie mixte: l'infection se propage par voie lymphatique et se trouve entretenue par une affection des voies respiratoires.

IV. — On s'accorde actuellement à reconnaître que les végétations adénoïdes n'ont qu'exceptionnellement une origine tuberculeuse.

Les adénopathies trachéo-bronchiques relèvent également le plus souvent d'une infection banale, celle-ci en rapport avec des poussées d'adénoïdite.

V. — En présence d'un enfant porteur d'une adénopathie cervicale ou d'une adénopathie trachéo-bronchique, il faut toujours examiner le naso-pharynx.

Chez un adénoïdien, une adénopathie trachéo-bronchique n'est pas une contre-indication à l'intervention chirurgicale. Au contraire, l'adénopathie sera le plus souvent heureusement influencée par l'adénoïdectomie.

Toutefois, si on a des raisons sérieuses de soupçonner la tuberculose, il ne faut pas intervenir.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	COLLET.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 Novembre 1926

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

- ARMAND-DELILLE. — Maladies des voies respiratoires. In *Pédiatrie, du Traité de Pathologie et de Thérapeutique*, de Sergent.
- Signe physiques et examen radiographique de l'adépathie trachéo-bronchique latente. (*Soc. Méd. des Hôp.* Paris, 21 nov. 1919).
- ARMENGAUD. — Les végétations adénoïdes, manifestation de l'hérédotuberculose (*Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'O. R. L., Congrès 1921*).
- BABONNEIX et BRELET. — Symptômes et diagnostic de l'adépathie trachéo-bronchique chez l'enfant. (*Gaz. des Hôp.*, 1907).
- BANDELIER. — Tonsillen als Eingangspforten der Tuberculose (*Beitrag. zur Klinik der Tub.*, vol. VI, 1906, n° 1).
- BARÉTY. — De l'adénopathie trachéo-bronchique en général et en particulier dans la scrofule et la phtisie pulmonaire (*Thèse Paris*, 1874).
- BARRAUD. — Les rhino-bronchites des enfants en climat marin (*Journal Médical Français*, aout 1926, p. 324).
- BASSIM. — Complications broncho-pulmonaires consécutives à l'adénoïdectomie et à l'amygdalectomie (*Thèse Paris*, mars 1913).
- BAUP. — Contribution à l'étude de la tuberculose larvée des trois amygdales (*Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, 1900).
- Les amygdales, porte d'entrée de la tuberculose (*Thèse Paris*, 1900).

- BERNARD (Léon) et VITRY. — *Archives de l'Académie de Médecine* (10 juillet 1923).
- BILLARD. — Contribution à l'étude des ganglions trachéo-bronchiques (*Thèse Montpellier*, février 1908).
- BOUGAREL. — L'adénopathie trachéo-bronchique du nourrisson (*Thèse Paris*, 1907).
- BRINDEL. — Examen de 64 végétations adénoïdes (*Revue Hebdom. de Laryng.*, 1896 et *Soc. Franç. de Laryng.*, 1896).
- CANY. — La circulation collatérale thoracique de l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. des Hôp.*, 1912, p. 2.002).
- CASTAIGNE. — Albuminurie, hématuries et néphrites dues à une infection rhino-pharyngée. (*Journal Médical Français*, octobre 1921).
- CASTEX. — Les faux adénoïdiens (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, année 1920, p. 284).
- COLLET. — *Traité des Maladies des Voies respiratoires.*
— *Précis de Pathologie interne.*
— *Tuberculose du Larynx et des Voies respiratoires.*
- COLLET et REBATTU. — La tension artérielle chez les adénoïdiens (*Archives Intern. de Laryngologie*, nov. 1923).
- CORNIL. — *Journal des connaissances médicales*, 1875.
- DIEULAFOY. — Tuberculose larvée des trois amygdales (*Académie de Médecine*, 30 avril 1895. *Traité de Pathologie interne*, 1908, t. II, pp. 191 à 215).
- DUFOURT. — *Etude critique sur la valeur des signes fonctionnels physiques et radiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse du nourrisson et de l'enfant* (*Journal de Médecine de Lyon*).
- ESCAT. — *Traité des Maladies du Pharynx.*
- ESPINE (D'). — *Bulletin de l'Académie de Médecine de Paris* (Séance du 19 janvier 1907, p. 167, et *Semaine Médicale*, 1907, p. 57).
- FLURIN. — Les rhino-bronchites descendantes in *Les Bronchites Chroniques* (Masson 1913).
— Les Bronchites chroniques (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1914).

- *Paris Médical*, n° 39, 1919.
- *Bulletin Médical*, mai 1921.
- *Journal Médical Français*, octobre 1921.
- *Société Médical des Hôp. de Paris*, 5 mai 1922.
- Maladies des Bronches, in *Traité de Pathologie Médicale*, de Sergent.
- Rhino-bronchite descendante et emphysème pulmonaire (*Journal Médical Français*, août 1926, p. 319).
- FLURIN, FLORAND, FRANÇOIS. — *Les Bronchites chroniques* (Masson 1913).
- FLURIN et ROSENTHAL. — L'avenir des adénoïdiens opérés (*Journal Médical Français*, mai 1926, p. 196).
- GARREL. — *Traité des Maladies du Nez*.
- GENÉVRIER. — *Congrès de Pédiatrie de Bruxelles*, oct. 1923.
- GOTESTEIN. — Pharynx und Gaumentonsille als primäre. Eingangspfort der Tuberc. (*Berliner Klin. Woch.*, augusten 1906).
- GOUGUENHEIM. — De l'adénopathie trachéo-bronchique (*Gaz. Hebdom. de Méd. et Chir.*, 1881).
- HELME. — Laryngite et bronchite secondaire à l'adénoïdite (*Annales des Maladies de l'Oreille*, août 1895).
- IVENS. — A case of primary Tuberculosis of the Pharyngeal tonsil associated with Tuberculous cervical glands (*The Lancet*, 16 septembre 1905).
- JACQUET. — *Thèse de Lyon* (1905).
- JANKELVITCH. — *Semaine Médicale*, 1^{er} janvier 1902.
- KAMBOUROFF. — Végétations adénoïdes syphilitiques et tuberculeuses (*Thèse de Lyon*, 1897).
- KOPLICK. — Tuberculosis of the tonsil (*Proceedings of the Association of American Physicians*).
- *Monthly Encyclopædia* (juin 1903).
- KORANYI (Von). — Ueber den Perkussione als der wiertel-säule und desser diagnossiche werwertung (*Zeit. f. Klin. Med.*, LX, p. 245).
- LACHMANN. — Untersuchungen über latente Tuberkulose der Rachenmandel mit Berücksichtigung der bisherigen Befunde und der Physiologie der Tonsillen (*Leipzig, Inaugural Dissertation*, 1908).

- LERMOYEZ. — *Végétations adénoïdes tuberculeuses du pharynx nasal* (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 20 juillet 1894).
- *Végétations adénoïdes tuberculeuses* (*Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx*, octobre 1894) ; (*Presse Médicale*, 26 octobre 1895).
- LUBLINSKI. — Einige Bemerkungen über adénoïd vegetationen (*Berliner Klin. Woch.*, 1904, n° 28).
- MARFAN. — Mort subite des enfants (*Presse Médicale*, 4 nov. 1922, p. 409).
- *Archives de l'Acad. de Médecine* (17 juillet 1923).
- MARFAN et MANTOUX (Mme). — *Le Nourrisson* (nov. 1915).
- MÉDAN. — Crise de cyanose dans l'adénopathie trachéo-bronchique (*Thèse de Lyon*, 1906).
- LE MÉE et MAHIEU. — Les balafrés du cavum (*Journal Méd. Franç.*, mai 1926, p. 179).
- LE MÉE et VESSELLE. — Angines catarrhales rétro-nasales (*Journal Méd. Franç.*, octobre 1921).
- MÉRY. — Le diagnostic de l'adénopathie trachéo-bronchique (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 28 nov. 1919).
- MÉRY, DETRÉ, GIRARD. — Le diagnostic clinique et radiologique de la tuberculose ganglionnaire et pulmonaire chez l'enfant (*Paris Médical*, 1920, n° 89, et 1921, n° 23).
- MÉRY, SALIN, DETRÉ, GIRARD. — Les signes radiologiques des adénopathies hilaires (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 16 mai 1919).
- MÉRY, SALIN, GIRARD. — Les adénopathies tuberculeuses hilaires intra-pulmonaires (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, séance 7 mars 1919).
- MICHALOWICZ. — Ueber die Werwertung der Wierbebraüle perkussion bei der Diagnose der Tracheo bronchialdrüser Tuberkulose (*Jahr. für Kinderh.*, 1910, LXXI).
- MOST. — *Archivens für Anatomie und physiologie*, 1901.
- MOURE. — Des adénoïdites aiguës chez l'enfant (*Journ. Méd. Fr.*, mai 1926, p. 176).
- MOURE et BRINDEL. — Manuel des maladies des fosses nasales (*Soc. Fr. de Laryng.*, 1896).

MOURET. — De la tuberculose des amygdales à forme végétante (*Revue Hebd. de Laryng.*, 1896) .

NAGEL. — Der Physikalische Nachweis Vergrosserter Bronchial and Mediastinaldrüsen (*Jahr. f. Kinderh.*, 1908, p. 46).

NEISSER. — Über Sondenpalpation der Bronchial drüsen gewisser leichteten formen der Tuberculose (*Deut. Archiv. für Klin. Med.*, 1905, LXXXVI, p. 28).

NOBÉCOURT. — Adénopathie trachéo-bronchique et affections des voies respiratoires (*Presse Médicale*, 29 juin 1921, p. 514).

— *Archives de l'Académie de Médecine*, 17 juill. 1923.

— *Congrès de Pédiatrie de Bruxelles*, oct. 1923.

— *Gazette des Hôpitaux*, 1923, p. 1365.

— Clinique médicale des enfants. Affections des voies respiratoires, 1924, p. 318 et 338.

NOBÉCOURT et APTERKMANN. — Végétations adénoïdes, adénopathie trachéo-bronchique et tuberculose (*Soc. Méd. des Hôp. Paris*, 19 mars 1909).

NOBÉCOURT et TIXIER. — Note sur l'hypertrophie lymphoïde du pharynx. Ses rapports avec la tuberculose (*Gazette des Hôp.*, 1906, n° 108).

OLIVIER. — *Journal Médical Français*, mai 1926, p. 208.

D'ŒLNITZ. — La recherche de la transsonance sterno-vertébrale chez l'enfant (*Soc. de Pédiatrie*, 7 mai 1912).

— *Société de l'Internat des Hôpitaux de Paris*, 27 juin 1912).

DE PAREL. — Oto-rhino-laryngologie. Documents pour les praticiens.

PETRUSKY. — Spinalgie als Frühsymptom tuberkuloser infection (*Münchener Med. Wochen.*, 3 mai 1903).

PIÉRY et JACQUES. — *Revue de Médecine*, 1906.

PILLIET. — Note sur la présence de cellules géantes dans les végétations adénoïdes (*Bulletin de la Soc. Anat. de Paris*, 1892).

PILOT. — *Archives Internationales de Laryngologie*, 1923, p. 62.

- POPPI. — Hypertrophie de l'amygdale pharyngée (*Monographies O.-R.-L. internationales*, n° 2, 1921).
- RAIMONDI. — L'adénoïdite aiguë (*Paris Médical*, 21 août 1919, p. 461).
- RAMADIER. — Indications de l'adénoïdectomie chez l'enfant (*Journal Méd. Fr.*, mai 1926, p. 185).
- REBATTU et PAUFIQUE. — Le système neuro-végétatif chez les adénoïdiens (*Archives internationales de Laryngologie*, 1925, p. 152).
- ROBIN. — Les rapports des végétations adénoïdes avec la glossoptose (*Journal Méd. Fr.*, mai 1926, p. 193).
- ROSENTHAL. — *Journal de Physiothérapie*, 1903.
— *Annales de Laryngologie*, 1904.
— *Société de l'Internat*, 1913.
— *Journal Médical Français*, août 1921.
— *Paris Médical*, 9 et 23 août 1924.
— *Archives de Laryngologie*, 1924.
- ROSSI (Marcelli). — *Arch. ital. di Laringologia*, avril 1907.
- SCHREIBER. — Les formes trainantes des rhino-pharyngo-adénoïdites de l'enfance (*La Médecine*, août 1924).
- SÉBILLOTTE. — Contribution à l'étude des médiastinites chroniques (*Thèse Paris*, 1912).
- SEGARD. — L'adénopathie trachéo-bronchique (*Journal Méd. Fr.*, 1924, p. 26).
— Les réactions ganglionnaires chez les adénoïdiens (*Journal Méd. Fr.*, mai 1926, p. 202).
- SLUKA. — *Wiener Klin. Wochen.*, 3 février 1913.
- SOULAS. — Les infections rhino-pharyngées et leur traitement chez les tuberculeux pulmonaires (*Journal Méd. Fr.*, août 1926, p. 329).
- STRAUSS. — Sur la présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain (*Annales des Maladies de l'Oreille*, 1895).
- TARCHETTI et ZANCONI. — Contributo allo studio della tubercolosi latente delle tonsile e delle vegetazioni adenoïdi (*Gaz. degli ospedale*, 1902, n° 102).

TERRACOL. — Les rhinites et les sinusites purulentes de l'enfance (*Monographies O.-R.-L. internationales*, n° 16).

TRETROP. — Traitement rationnel des pseudo-adénoïdiens (*Bull. et Mém. de la Soc. Fr. d'O.-R.-L.*, Congrès 1922, 2^e partie).

— La guérison du pseudo-adénoïdien (*La Médecine*, janvier 1923).

TRUFFERT. — Considérations sur les végétations adénoïdes et leurs indications thérapeutiques (*Concours Médical*, 23 mars 1924).

VARAY. — La toux de compression (*Thèse Lyon*, 1902).

WEILL (Albert). — *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 9 déc. 1913.

WEILL (Ed.). — *Précis des Maladies des Enfants*.

WEILL et GARDÈRE. — *Lyon Médical*, 1914.

WEILL et MOURIQUAND. — Enorme adénopathie trachéo-bronchique sans image radioscopique (*Soc. des Sciences Méd. de Lyon*, 11 mars 1906 et 26 avril 1908).

WHITE. — Pathology of adenoïds and adenoïd Tuberculosis (*Amer. Journal*, august 1907).

TABLE DES MATIERES

Avant-Propos	9
Chapitre Premier. — Rôle des végétations adénoïdes dans la pathologie infantile	13
Chapitre II. — Symptômes des adénopathies d'origine adénoïdienne	17
Chapitre III. — Fréquence du retentissement ganglionnaire chez les adénoïdiens	29
Chapitre IV. — Mécanisme de l'infection ganglionnaire	33
Chapitre V. — Relations avec la tuberculose	41
Chapitre VI. — Traitement	53
Conclusions	57
Bibliographie	59
